

**А.А. ЗЕНЬКОВ, В.В. ДЕРКАЧ, И.Е. ПУШКОВ, Н.Г. ЛОЙКО,  
К.С. ВЫХРИСТЕНКО, Д.Ф. МЫШЛЕНКО, А.В. МИХНЕВИЧ**

**СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ РАССЛАИВАЮЩЕЙ  
АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ И РАКА ПРАВОЙ ПОЧКИ**  
 **$T_1N_0M_0$**

УЗ «Витебская областная клиническая больница»,  
УО «Витебский государственный медицинский университет»,  
г. Витебск, Республика Беларусь

В настоящее время нередко можно столкнуться с сочетанием онкологической патологии с угрожающим жизни заболеванием сосудистого русла. При подобном сочетании конкурирующих заболеваний, только рациональное построение этапов операции может позволить не только спасти жизнь больного, но и исключить возможные осложнения. В данной статье описан клинический случай успешной сочетанной операции по поводу расслаивающей аневризмы брюшной аорты и рака правой почки. Операция выполнена из торакофренолюмботомии справа. При дополнительных обследованиях в послеоперационном периоде функции внутренних органов компенсированы.

*Ключевые слова:* аневризма брюшного отдела аорты, рак почки.

At present one may face the combination of the oncological pathology with life-threatening disease of the vascular bed. In case of such combination of competing diseases, only rational composition of surgery stages may not only save life of a patient, but also exclude possible complications. A clinical case of successful combined surgery concerning splitting aneurism of the peritoneal aorta and the right kidney cancer is described in the given article. The surgery was performed from the thoracophrenolumbotomy. During additional examinations in the postoperative period the function of the inner organs were compensated.

*Keywords:* aneurism of the peritoneal section of the aorta, cancer of the kidney.

В последнее время все большее внимание уделяется изучению заболеваний брюшной аорты и ее ветвей. Несмотря на последние достижения сердечно-сосудистой хирургии, вопросы операбельности, резектабельности, снижения послеоперационной летальности остаются до конца не решенными [1]. Наличие у больного двух конкурирующих заболеваний заставляет решать вопрос в пользу симультанной операции, что еще более увеличивает риск неблагоприятного исхода [2].

В настоящее время чаще всего сочетанные операции выполняются в абдоминальной хирургии на разных органах и в сосудистой хирургии на различных сосудистых бассейнах.

Если у больного имеется два или более серьезных сочетанных заболевания, требующих хирургического лечения, как, например, рак почки и расслаивающая аневризма брюшной аорты, необходимо ставить вопрос о возможности и целесообразности одновременного выполнения двух хи-

рургических вмешательств [3, 4]. При этом, необходимо четко понимать, что любая сосудистая операция, тем более на аорте с использованием синтетического протеза, требует очень жестких условий стерильности, дабы избежать инфицирования протеза. Между тем, операции при онкологических заболеваниях несут риск инфицирования операционного поля, хотя бы потому, что сама опухоль является инфекционным агентом [5]. Еще на дооперационном этапе стоит выбрать рациональную последовательность выполнения отдельных этапов всей операции, учитывая размеры аневризмы и распространение опухолевого процесса. Для этого, по данным литературы, наиболее информативны аорто-артериография и компьютерная томография с контрастированием [6].

#### **Клиническое наблюдение.**

Больной М. 1958 года рождения. Поступил в отделение сердечно-сосудистой хирургии 24.10. 2007 г. с жалобами на неприятные ощущения в груди, в поясничной области. С сентября месяца 2007 г. лечился стационарно в кардиологическом отделении, где при обследовании выявлена опухоль правой почки. Больной направлен в онкологический диспансер, диагноз рак правой почки  $T_1N_0M_0$  был подтвержден, кроме того, была выявлена аневризма брюшной аорты.

При поступлении состояние удовлетворительное, тоны сердца ритмичные, пульс 66 в минуту, АД на плечевой артерии 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в области гипогастрия, где пальпируется пульсирующее образование плотно-эластической консистенции 10х6 см, над которым выслушивается грубый систолический шум.

Больному назначен комплекс лабораторных и диагностических исследований.

На аорто-артериографии от 25.10.07 г. определяется аневризма в инфраренальном

отделе брюшной аорты, размерами 10,5х5,5х5 см; аневризма общей подвздошной артерии справа: до полутора сантиметра; аневризма общей подвздошной артерии слева: 1,7х1,7 см. (рис. 1, см. вкладыш).

На МРТ аорты и почек с контрастированием (омнискон 20 мл): обнаружена опухоль правой почки (рис. 2, 3, см. вкладыш) и аневризма инфраренального отдела аорты с локальным расслоением по левому контуру. (рис. 4, 5, см. вкладыш).

На УЗИ ОБП выявлено образование правой почки, неполное удвоение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) справа, аневризма инфраренального отдела аорты 104х54 мм с пристеночными тромботическими массами.

На ЭКГ: ритм синусовый 70 в мин., выявлены гипертрофия левого предсердия и желудочка, рубцовые изменения задней стенки.

Ввиду невозможности отсрочить операцию по поводу опухоли почки, из-за возможности распространения онкологического процесса, решено провести сочетанную операцию.

Торакофренолюмботомия справа. Резекция аневризмы аорты. Аорто-бедренное бифуркационное протезирование с имплантацией НБА в протез. Нефрэктомия справа.

Под эндотрахеальным наркозом разрезами по линии Кэна с обеих сторон в верхней трети бедер выделены бедренные артерии, которые пульсируют удовлетворительно. Общая (ОБА), поверхностная (ПБА) и глубокая (ГАБ) бедренные артерии с обеих сторон с умеренным кальцинозом. Произведена торакофренолюмботомия справа. При ревизии забрюшинного пространства выявлена субренальная аневризма брюшной аорты с истонченными стенками 9х10 см. Шейка аневризмы 18 мм. Аневризма переходит на общие подвздошные артерии (до 4 см в диаметре) и левую наружную

подвздошную артерию (2,5 см в диаметре), в которых определяется тотальный кальциноз. Системная гепаринизация 5000 ЕД внутривенно. Пережата аорта ниже почечных артерий, подвздошные артерии. Рассечена стенка аневризмы – аорта расслоена по задней и боковым поверхностям. Удалена аневризматическая чаша. После этого поясничные сосуды прошиты. Подвздошные артерии прошиты, перевязаны. Продольная артериотомия ОБА. Центральный и ретроградный кровоток из ГАБ и ПБА удовлетворительный. Ревизия зондом Фогарти ПБА на 70 см и ГАБ на 30 см – тромбов не получено. Гепариновая заглушка. Нижняя брыжеечная артерия – до 3,5 мм с умеренным ретроградным кровотоком. Гепариновая заглушка. Резекция аневризмы аорты. Тромбэктомия из аорты. Выполнено аорто-бедренное бифуркационное протезирование протезом «Vascutek» 18x9x9 (проксимальный анастомоз по типу конец в конец, дистальные – конец в бок с перевязкой ОБА слева), справа ввиду отсутствия изменений со стороны НПА и ВПА ОБА не перевязана для сохранения кровотока по ВПА. Пущен кровоток по протезу – пульсация протеза, бедренных артерий отчетливая. Имплантация НБА в протез. Протез укрыт по Покровскому. Выполнена типичная нефрэктомия справа. Забрюшинное пространство промыто, осушено, дренировано двумя трубками, ушито. Раны на бедрах дренированы, ушиты. Ас. повязка

При гистологическом исследовании выявлен почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант, признаков инфильтративного роста в капсулу и ЧЛС не обнаружено.

В послеоперационном периоде больному проводилась инфузионная терапия, антибиотикотерапия. Четыре дня больной

провел в отделении интенсивной терапии, затем переведен в отделение сердечно-сосудистой хирургии, откуда выписан на амбулаторное долечивание на одиннадцатые сутки после операции в удовлетворительном состоянии с восстановлением функций всех внутренних органов.

Следует отметить, что определение объема операции с позиции аневризмы не представляло больших трудностей. Ситуация была нестандартной из-за наличия у больного онкологической патологии и основным предметом обсуждения был выбор оптимального операционного доступа и объем операции по поводу рака почки. Рациональное построение этапов операции позволило исключить инфекционные осложнения и сократить сроки лечения больного и период реабилитации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский, А. В. Клиническая ангиология / А. В. Покровский. – М: Медицина, 1979. – 249 с.
2. Первый опыт проведения симультанного хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями и конкурирующей ишемической болезнью сердца в Республике Беларусь / Ю. П. Островский [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. – № 4. – С. 38-41.
3. Хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты у больного с подковообразной почкой / А. В. Троицкий [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – Т. 9, № 2. – С. 122-125.
4. Symptomatic aneurysm of the abdominal aorta with coexistent horseshoe kidney / P. Gutowski [et al.] // Wlad Lek. – 1993. – Vol. 46, N 9. – P. 394-396.
5. Симультанная операция по поводу рака прямой кишки и аневризмы брюшного отдела аорты / В. Л. Леманев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 122-123.
6. Abdominal aortic aneurysm and congenital pelvic kidney / Y. Glock [et al.] // Tex. Heart Inst. J. – 1997. – Vol. 24, N 2. – P. 131-133.

*Поступила 07.02.2008 г.*